



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum  
Avdeling for Folkehelse  
4BACH

Frode Lundby og Bjørnar Hansen Midtbruget

## Hvordan hjelpe alkoholavhengig pasient å beskytte sitt barn.

How to help an alcohol-dependent patient protect their child.

Veileder: Jan Stensland Holte

Antall ord: 13 577 / 15 057

Bacheloroppgave

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Barn som pårørende til alkoholmisbrukende foreldre utgjør i dag en stor gruppe mennesker som de siste årene tilsynelatende har vært overlatt til seg selv uten særlig påvirkning fra helsepersonell. Etter at det i 2010 ble vedtatt en egen lov rettet mot barns rettigheter som pårørende har det blitt mer fokus på barn som pårørende.

### **Hensikt:**

Hensikten med denne oppgaven gjenspeiler seg i behovet til disse barna. Fokuset vårt er rettet mot faglige og praktiske tiltak og utfordringer som vi kan dra nytte av videre i sykepleier sitt yrke i fremtiden.

### **Metode:**

Vår oppgave er en litteraturstudie som innebærer at vi har med pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, forskning, rapporter. Vi ønsker å bidra med erfaringskunnskap slik at leseren vil få et bredt innsyn på dette fokusområdet.

### **Oppsummering:**

Vi har funnet ut at pasienter med alkoholavhengighet har en kompleks livssituasjon. Man må ta hensyn til pasienten samtidig som man tenker på hva som er det beste for barnet. Vi har diskutert viktigheten med at samarbeidet med far fungerer for at til hjelpetiltak i forhold til barn skal bli vellykket.

## Forord

### “HÅP”

*Det første jeg legger merke til er stanken. Stanken av røyk og alkohol. Fra gangen kan man se rett inn i stuen. Vodkaflasken står på glassbordet, halvfull. Ved siden av flasken står det et overfylt askebeger. Stuen minner meg om bingo hallen nede på Nesttun, en eneste sky av røyk og tobakk. Til venstre for glassbordet står sofaen. I det jeg går sakte mot den, oppdager jeg en kjent skikkelse. Det er moren min på sitt verste. Med øynene lukket og munnen på vidt gap ligger hun i fosterstilling. Før trodde jeg hun var død, nå vet jeg bedre. Jeg finner et teppe som jeg legger over henne. I frykt for å vekke henne lar jeg flasken og røyken bli liggende. Jeg vet med meg selv at hvis hun våkner og ser at det er borte, får jeg svi for det.*

*Julie Helgesen (2013).*

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	7
1.4 Oppgavens disposisjon .....	7
1.5 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteraturstudie .....	9
2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	9
2.3 Søkehistorikk.....	9
2.4 Datasamling.....	10
2.5 Kildekritikk .....	11
2.6 Presentasjon av artikler .....	12
2.7 Etisk vurdering .....	13
3.0 Teori .....	14
3.1. Sykepleieteori.....	15
3.2. Tilknytningens betydning.....	15
3.2.1 Bowlbys tilknytningsteori .....	15
3.2.2. Tilknytningsstiler.....	16
3.3 Familie.....	17
3.3.1 Alkoholmisbruk i familien .....	18
3.3.2 Familiens mestring av alkoholmisbruk.....	19
3.3.3 Å være en pasient med et alkoholproblem .....	20
3.4 Beskyttelse mot skade- risiko og beskyttelsesfaktorer. ....	21
3.4.1 Definisjon av resiliens .....	21
3.4.2 God fungering «til tross for» .....	22
3.4.3 Salutogenese.....	22
3.4.4 Kauai – undersøkelsen:.....	22
3.5 Senreaksjoner og konsekvenser for barnet .....	25
3.6 Mishandling og psykiske lidelser .....	26
3.7 Sykepleieren og barnet .....	27
3.8 Lover og rettigheter .....	28

4.0 Drøfting .....	29
4.1 Avklaring av sykepleierens rolle .....	30
4.1.2 Etske utfordringer .....	31
4.2 Barnets utsatthet .....	32
4.2.1 Psykososial risiko .....	32
4.3 Hvilke tiltak vil beskytte barnet?.....	34
4.3.1 Tverrfaglig samarbeid for å styrke barnets ressurser .....	34
4.3.2 Sykepleierens koordinerende rolle i samarbeid med pasient for å redusere fare for psykososial risiko hos barnet.....	36
4.3.3 International child development programme (ICDP) .....	38
5.0 Oppsummering .....	39
Litteraturliste .....	40

Vedlegg 1. PICO-skjem

Vedlegg 2. Fra folkehelseprofil: statistikk av barn med foreldre som lider av alkoholmisbruk.

Vedlegg 3. Kartlegging av barn 0 – 18 år når foreldre mottar helsehjelp

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for at vi ønsker å skrive om dette er at psykiatri har vært et interessant fag. Vi jobber begge innen psykiatrien ved siden av skolen, og begge er interessert i problemer knyttet til rusavhengighet, blant annet i familieforhold som har barn som pårørende. Gjennom jobb og praksiserfaringer har vi arbeidet noe rundt pasienter med rusproblematikk. Dette har gjort at vi nå ønsker å fordype oss i temaet. Vi ønsker å se nærmere på hvordan det er å være barn i en familie der alkoholmisbruk er gjeldene og hvilke senvirkninger dette kan ha for barna. Vi har en forståelse av at sykepleiere bør være tidligere inne på banen i forhold til barna slik at de skal få den hjelpen de har behov for. Vi ser et behov for at sykepleier må gi tettere oppfølging til barn. Basert på erfaringer fra praksis og privat ser vi at noen barn av foreldre med alkoholavhengighet også sliter psykisk når de kommer i ungdomsårene og inn i voksenlivet. Vi ser også at det er barn som kommer ut av dette tilsynelatende upåvirket. Vi ønsker derfor å fordype oss i dette.

Vi vet i dag at det finnes mange barn som kommer fra en familie hvor foreldre har et høyt alkoholkonsum. Fra en av de første beregningene som har blitt gjort i Norge viser det seg at 50 000-150 000 barn kommer fra en slik familie. Ser man på ektefellene så sier undersøkelsen at 50 000-100 000 bor sammen med personer som har et risikopreget alkoholkonsum. Konsekvensen av at foreldre har alkoholproblemer er store (Andresen, 2012). Undersøkelsen forklarer videre at mer enn 130 000 personer har hatt en eller annen form for negativ konsekvens på grunn av alkoholproblemene. Ser man videre på konsekvensene er utskjelling, vold eller trusler om vold de som viser seg aller mest (Andresen, 2012). Man ser tidlig et behov for hjelp da man leser slik statistikk, og ut i fra et folkehelseperspektiv vil gevinsten være særdeles høy om de pårørende kunne få den hjelpen de trenger slik at de takler hverdagene som de står ovenfor. Selv om alle pårørende er forskjellige og alle har behov for individuell behandling, så er det essensielt at sykepleier blir bedre kjent med hvordan den typiske familien er i Norge. På den måten kan sykepleiere bli bedre til å se tidlige tegn på at familien rundt pasienten også har behov for hjelp og hvordan de skal håndtere belastningene på at en far drikker (Andresen, 2012).

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

*“Hvordan kan sykepleiere i rusklinikk samarbeide med foreldre med alkoholmisbruk for å styrke beskyttelsesfaktorer hos pårørende barn?”*

## 1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å avgrense oppgaven til en arena hvor det er naturlig for sykepleiere å møte pasient og pårørende og vi forholder oss da til en rusklinikk. Vi ser for oss en far som er frivillig innlagt på grunn av depresjon og alkoholisme. Han er gift og har et barn på 8 år. I og med at det er den voksne inneliggende som er vår pasient, velger vi å fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan gå frem for å støtte forelderen med å ivareta barneperspektivet. Vi har en viktig støttende og aktiv rolle i forhold til vår pasient under innleggelsen, vi velger allikevel ikke å gå videre inn på diagnoser og spesifikk behandling i forhold til pasienten i denne oppgaven. Vårt fokus er å finne løsninger sammen med foreldrene som setter barnets behov først, og beskytter barnet mot uheldig påvirkning som følge av pasientens alkoholavhengighet. Vi går ut i fra at sykepleierens rolle blir å inkludere far i prosessen med å finne hjelpetiltak, samt at man har en koordinerende rolle i forhold til tverrfaglig samarbeid rettet mot hjelpetiltak som beskytter barnet mot risiko for skadelig påvirkning.

Vi har valgt å bruke begrepene alkoholavhengighet og alkoholmisbruk. Disse er videre beskrevet i begrepsavklaringen.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem deler: innledning, metode, teori, drøfting og oppsummering. I metodekapittelet presenteres forskningsartikler vi har brukt som belyser problemstillingen. Vårt hovedfokus i teoridelen er sykepleieteori i form av Joyce Travelbees definisjon av sykepleie, Bowlbys tilknytningsteori, familiesamspill, senreaksjoner, mishandling, resiliens og lovverket. I drøftingen tar vi for oss rolleavklaring, barnets utsatthet og tiltak. Vi avslutter oppgaven med en oppsummering av resultater og funn i forhold til vår problemstilling.

## 1.5 Begrepsavklaring

Det er i følge psykolog Frid Hansen (1990) flytende grenser mellom hva som er vanlig alkoholforbruk, misbruk og avhengighet. Ved Borgestadklinikken definerer de det slik: «Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går

utover de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og når følelsesmessige bånd belastes og forstyrres av rusmiddelinntaket». Det er da altså ikke mengde alkohol som inntas som er avgjørende, men familiens fungering og hvordan de emosjonelle båndene i familien blir påvirket av personen med alkoholproblemet (Hansen, 1990).

#### Alkoholmisbruk:

Alkoholmisbruk defineres ut i fra drikkemønsteret, altså hvor ofte og hvor mye man drikker. Det skal i varighet ha pågått i over en måned og lede til negative konsekvenser overfor arbeid, familie og venner. Høyest forekomst av alkoholmisbruk finner man i aldersgruppen 25-34 år, altså i den perioden mange velger å etablere seg med familie (Haugland, 2012).

#### Alkoholavhengighet:

Alkoholavhengighet omfatter i denne oppgave fokuset på familieperspektivet. Hvordan fungerer alkoholen inn på familiefunksjonen og hvordan fungerer foreldrene som omsorgspersoner når de er påvirket av alkoholavhengighet. Når forløpet til en person er slik at han eller hun er mer opptatt av alkoholen og denne blir prioritert høyere enn riktig omsorg og forpliktelser i forhold til barnet slik at det blir tilsidesatt. Dette blir kalt alkoholavhengighet (Hansen, 1990).

#### Løvetannbarn:

Løvetannbarn er et eldre og alminnelig begrep som brukes om barn som klarer seg gjennom oppveksten på tross av nesten umulige oppvekstforhold med for eksempel rus og vold. Dette ordet er byttet ut med fagbegrepet resiliens.

#### Psykiske lidelser:

Psykiske lidelser finnes i alle alderstrinn og påvirker oss fra mild til alvorlig grad. Dette kan være fra en mild fobi til en alvorlig schizofreni lidelse. Felles for alle disse psykiske lidelsene er at det påvirker vårt følelsesmessige register. Alt fra vanlige følelser, væremåten vår, tankene og ikke minst hvordan vi er i lag med andre mennesker blir påvirket (Torvik & Rognmo, 2011).

#### Traumer og PTSD:

Et traume er en fysisk eller psykisk skade som har blitt påført fra andre uten ifra.

Posttraumatisk stresslidelse forekommer da en person har vært i en ekstrem situasjon eller



hendelse som gjør at personen har blitt svært skremt eller veldig redd (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010)

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie går ut på at kunnskapen vi har tilegnet oss fra ulike bøker og skriftlige kilder skrives inn i en oppgave. Vi har vært strukturerte og nøye i våre søk etter kilder, stilt oss kritiske til data vi har funnet og vurdert relevansen for kildene opp mot vår problemstilling (Dalland, 2013). Vilhelm Aubert har følgende forståelse av metode: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2013, s. 111).

### 2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Den kvalitative metoden bygger på at man utforsker en opplevelse og meningen bak denne. Det man samler opp av informasjon blir nøye vurdert og man prøver å forstå helhet og sammenheng i utforskningen. Man ser igjennom dokumenter, intervjuer og observasjoner da man leter etter den kvalitative metoden. Den kvantitative metoden går ikke så mye i dybden på utforskningen, men snarere på et bredspektret område som for eksempel undersøkelsesenheter. Her kan man finne målbare opplysninger i form av målbare enheter. En måte man kan forske med kvantitativ metode er å bruke spørreundersøkelser for å kartlegge et fenomen (Dalland, 2013).

### 2.3 Søkehistorikk

Vi har funnet 4 engelskspråklige artikler. Gjennom vår søking har vi i hovedsak brukt CINAHL som et godt utgangspunkt for å komme frem til tilfredsstillende artikler, rapporter og forskningsartikler. Den aller første databasen vi brukte var ORIA hvor søkeordene vi prøvde var “barn” AND “forebygge” AND “nursing”. Her fikk vi 17 treff. Vi leste gjennom de forskjellige overskriftene og ingen var aktuelle for vår oppgave. Videre så gjorde vi det samme på engelsk hvor vi søkte på “children” AND “prevent” AND “nursing”. Her fikk vi opp 79 108 treff. Her spesifiserte vi oss inn på “alcohol” som sammenligning og fikk dermed

17 638 treff. Vi så igjennom mange av disse artiklene, men følte ikke at noen av dem var korrekt treff. Etter veiledning fikk vi et tips om å bruke CINAHL som søkebase og søke etter dette på ordene “Alcohol abuse”, “children”, “resilience”. Fikk deretter opp 5 treff hvor alle artiklene var rettet mot vår oppgave. Vi så nøye gjennom alle artiklene og etter en enstemmig avgjørelse valgte vi å gå for artikkel nummer 1 og 5. Disse to artiklene heter “An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse” og “Effective services to support children in special circumstances”.

Gjennom søkeordene “parent”, “children”, “nursing” fikk vi 910 treff i CINAHL. Her lyktes vi tidlig med å finne en god forskningsartikkel. Denne artikkelen heter “Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland”. Denne artikkelen mener vi passer veldig godt til vår oppgave med fokus på barnet. Den siste forskningsartikkelen fant vi ved å bruke databasen PubPsych. Vi søkte på “parent child development” og “caregiver guidance” og vi fikk tilsammen 4 treff. Her valgte vi ut artikkelen som heter: “Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme”.

Gjennom internettsiden til *Nasjonal kompetansesenter for læring og mestring innen helse* så fant vi en overskrift på siden som heter Lærings- og mestringstilbud. Her fant vi et emne som passet veldig godt til vår oppgave. Denne overskriften heter “Barn og unge som pårørende: “SMIL – styrket mestring i livet”. Her fant vi 2 gode rapporter. Den ene rapporten heter “Tiltak for barn av psykisk syke foreldre” og den andre heter “Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer”. Disse to rapportene passer bra til vårt tema. Sistnevnte er brukt i denne oppgaven.

## 2.4 Datasamling

I vår oppgave har vi brukt en del selvvalgt litteratur. Bakgrunnen for at vi har gjort dette er fordi vi mener at for eksempel romaner skildrer disse barnas opplevelse godt i tillegg til at vi mener dette vil gi oppgaven et høyere løft. Gjennom vår søkehistorikk har vi søkt i SveMed+, Oria, PubMed, Helsebiblioteket, McMasterplus, UpToDate, PubPsych og ikke minst Cinahl som vi føler at vi har funnet det mest relevante fra. Vi har brukt mange forskjellige søkeord for å finne frem til ulike artikler, deriblant: barn, children, parent, forebygge, prevent, alcohol, alcohol abuse, approach, senreaksjoner, resiliens, reciliense, caregiver, guidance, child

development, sykepleie og nursing. Hovedsøkene våre viser vi til gjennom PICO-skjema (Vedlegg 1).

## 2.5 Kildekritikk

I vår oppgave har vi hele veien stilt oss kritiske til hva vi har funnet av stoff. Måten vi har stilt oss kritiske på er at vi har fokusert på “peer review” for å kvalitetssikre det som har blitt skrevet. Utover dette så har vi sett etter hvor mye hver artikkel har blitt sitert. Vi har sett etter at artiklene skulle handle om blant annet familiesamspill opp mot barn som vokser opp i et hjem hvor foreldre er alkoholmisbrukere. Vi forstår viktigheten rundt kildekritikk og ønsker å trekke frem et eksempel hvor vi fant en god overskrift på en artikkel og vi tenkte at dette var aktuelt, men som viste seg å dreie seg om liten kvalitativ studie som ble gjort i en landsby i Thailand. Vår kildekritiske tankegang til stoffet har gjort at vi har vært kritiske til materialet vi har brukt gjennom oppgaven vår. Vi har vurdert relevansen for tema opp mot det vi har funnet, kildens årstall og gyldigheten til fag- og forskningslitteraturen (Dalland, 2013).

Vi har brukt rådene til Dalland (2013) i vårt metodesøk. Reliabilitet og validitet skal vise at kunnskapen vi har funnet er gyldig og pålitelig. På den måten ser vi om målinger som har blitt utført har blitt gjort på en riktig måte slik at alle feilmarginer som har blitt gjort blir nevnt i studien (Dalland, 2013).

I vår fremgangsmåte har vi lagt vekt på hvordan faktorene kan ha relevanse for vår oppgave. Vi har sett på utgivelse av artikler, hvem har de vært skrevet for, målgruppene, formål, budskap, søkebasen, forfattere og ikke minst om dette er relevant for vårt arbeid her i Norge. Vi har hatt fokus på primærkildene, men vi har tatt i bruk noen sekundærkilder i tillegg. Vi har Joyce Travelbees sykepleieteori gjennom boken til Marit Kirkevold: *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Denne boken mener vi er godt kvalifisert for vårt valgt av sykepleieteorier, og man har i tillegg analyser av de fleste sykepleieteorier i denne boken. For å komme frem til gode forskningsartikler har vi valgt å hake av på *peer review* slik at det har blitt vurdert og *full text* slik at vi har kunnet åpne dokumentet fra internett. Ettersom vi har til tider fått høye søketreff, så har vi videre spesifisert våre søkeord slik at det har kommet et oversiktlig antall med treff som har vært enkle å jobbe med utover i arbeidet. For utvelgelse av forskningsartikler har vi sett etter introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette omhandler IMRaD-strukturen.

## 2.6 Presentasjon av artikler

**Houlihan, D., Sharek, D. & Higgins A. (2013).** “**Journal of psychiatric and mental health nursing: Supporting children whose parent has a mental health problem: assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland**”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

I denne forskningsartikkelen omhandler det pleiere som jobber innenfor psykisk helse med barn av foreldre med psykiske lidelser. Disse barnet blir ofte glemt eller ignorert når vi som sykepleiere er ute og jobber i praksisfeltet. Artikkelen dreier seg om utforskningen på dette trinnet. Sykepleier må ha kunnskap, selvtillit og riktig praktisering for disse barna ute i sitt arbeid. Studien lyktes i og finne ut at mangelen på kunnskap, selvtillit og praktisering ovenfor disse barna som har foreldre med psykiske lidelser er stor. Videre mener studien at det er et stort behov for at behandlere som jobber innenfor dette feltet har et bredspekret syn på pasient og er familiefokuset. Det nevnes videre at det burde være et konkret oppsett i hvordan barn bør bli møtt sammen med sine foreldre.

Denne artikkelen har fokus på at sykepleier skal tenke helhetlig. Sykepleier må ha forståelsen om at pasienten er viktig, men at det er flere som blir berørt av situasjonen. Artikkelen er sitert 37 ganger.

**Coyle, J., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, A., DeWit, D., Macdonald, S. (2009).** “**An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse**”. *Journal of Family Issues*.

Denne forskningsartikkelen tar for seg familien som funksjon som opplever at alkoholproblemer er et vedvarende problem og ser på hvordan familien kan beskytte seg mot denne risikofaktoren. Studien tar blant annet for seg hvordan familien fungerer hvis foreldrene drikker og opplever stressende situasjoner gjentakende ganger i dagliglivet. Naturlige beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer ble utforsket videre i studien for og sammenligne dette opp mot alkoholproblemer. Videre ble to hovedmål utforsket i studien som tar for seg:

1. Hvilken naturlige familiefunksjon blir påvirket hvis man ser på foreldrenes alkoholmisbruk?
2. Kan familiefunksjonen assosieres med: foreldrerolle, dagens alkoholmisbruk hos foreldrene, stressende hendelser for familien, støttende forhold fra naboer, lærere og fagfolk, familiestruktur, sosial og økonomisk status, barnets kjønn, etnisk bakgrunn, og hvilket land man kommer fra?

Denne artikkelen viser hvordan familiefunksjonen blir preget i slike situasjoner, hvordan resiliens kan være med på å styrke familien og hvordan familien kan beskytte barnet. Denne artikkelen er sitert 51 ganger.

**Statham, J. (2004). “Effective services to support children in special circumstances”. Blackwell Publishing Ltd.**

Denne forskningen tar for seg barn vokser opp i 4 spesielle omstendigheter. Dette er blant oppvekst i en familie hvor foreldre har et alkoholmisbruk eller har psykiske lidelser. Studien tar for seg videre å effektivisere forskjellige strategier som gjør at man kan sette inn støttetjenester for å nå ut til ulike grupper i samfunnet som er vanskelig å nå frem til. Forskningen synliggjorde behovet for at det skal være et tverrfaglig samarbeid for barn som pårørende til foreldre med alkoholmisbruk. Tverrfaglig samarbeid er et tiltak vi har valgt å fokusere da vi ser at barnet kan ha behov for oppfølging etter at foreldre har blitt skrevet ut fra en rusklinikk. Denne er sitert 39 ganger.

**Sherr, L., Skar .A., Clucas, C., von Tetchner, S. & Hundeide, K. (2014). “Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme”. *European Journal of Developmental Psychology*.**

Denne studien tar for seg effekten av foreldreveiledningskurs (ICDP). ICDP har til hensikt å styrke foreldres omsorgsevne, og at de lærer hvordan barna påvirkes deres væremåte. Gruppen i studien som har deltatt på ICDP-kurs viste bedring i positive holdninger til barneoppdragelse, og det rapporteres om forbedrede foreldrestrategier og mindre påvirkning av barnets vansker. Omsorgspersoner med lav innledende score hadde mest nytte av kurset. Studien viser også at omsorgspersoner i som ikke viser kliniske tegn eller har barn med atferdsproblemer kan ha nytte av å delta i foreldreopplæring basert på ICDP. Denne var aktuell som et tiltak som vi kan foreslå for å bedre samspillet mellom foreldre og barn. Denne er artikkelen er sitert 4 ganger.

## 2.7 Etisk vurdering

I vår oppgave har vi med aktuell litteratur, egne erfaringer, samt andre menneskers erfaringer. All informasjon og kunnskap vi har innhentet følger etiske retningslinjer. Vi har valgt å legge vekt på *forskningsetikk* som bidrar til at vi ivaretar personvernet samt at vi sikrer troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2013). Fokus på APA-standard er

gjentakende gjennom hele oppgaven vår som gjør at sporbarheten til informasjonen vi har funnet blir enkel å finne (Dalland, 2013).

### 3.0 Teori

I denne teoridelen tar vi for oss det vi mener er viktig for å belyse temaene som blir viktige for oss som sykepleiere i samhandling med barn av rusmisbrukende foreldre. Vi har valgt å fokusere på alkoholmisbruk da dette er den vanligste formen for rusmisbruk (Torvik & Rognmo, 2011). Vi skal ta for oss sykepleieteori med utgangspunkt i Joyce Travelbees tankegang. Vi har i denne oppgaven knyttet denne teorien opp mot det å være pårørende av alkoholmisbrukende foreldre. Vi ønsker å se om det har en sammenheng mellom personens reaksjonsmønster og hvordan disse barna utvikler seg. Videre har vi lagt vekt på utviklingspsykologi og tilknytningsteori, da dette er meget vesentlig for å forstå reaksjonsmønstre og hvordan barn utvikler seg i løpet av oppveksten og hva som er avgjørende i forhold til dette. Vi legger vekt på Bowlbys teori om barns bånd og tilknytning. Hans teori er vesentlig for forståelsen av tidligere erfaringer av omsorg og barnets senere personlighetsutvikling (Smith, 2008). Vi ser at det er mange forskjellige utviklingstrinn som kunne vært aktuelle å gjøre rede for, men alle disse blir for omfattende å gjøre rede for i denne oppgaven. Vi har derfor gått generelt ut mot utviklingspsykologi ved å gjøre rede for Bowlbys tilknytningsteori.

Etter å ha gått gjennom sykepleieteori og tilknytningsteori tar vi for oss familiesamspillet hvor vi belyser hvordan alkoholmisbruk påvirker familien og hvordan familier kan mestre dette. For å understreke at vi har pasienten i fokus har vi med hvordan det er å være pasient med et alkoholmisbruk. Resiliens ser vi på som et sentralt tema i teorien som gir grunnlag til drøfting av risiko- og beskyttelsesfaktorer rettet mot barnet videre i oppgaven vår. Utover i teorien forklarer vi senreaksjoner og konsekvenser det kan ha for barnet ved at de vokser opp i en familie med alkoholmisbruk. Hvor stor andel av barn som blir påvirket blir beskrevet videre i oppgaven. Sykepleier må utover dette forstå viktigheten av hvordan man kommuniserer og ivaretar barnet. Dette har vi med i kapittelet sykepleier og barnet. Lovverket må vi sykepleiere hele tiden ha kontroll på og viktigheten av dette utgjør grunnen til hvorfor dette temaet blir beskrevet i teorien. Dette utgjør blant annet plikter vi har som sykepleiere i forhold til å kartlegge barn som pårørende.

### 3.1. Sykepleieteori

Vi har tatt utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori. Hennes teori legger vekt på det mellommenneskelige forholdet i sykepleien. Teorien hennes er som følger: *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene”* (Kirkevold, 2012, s. 113). Om man skal forstå hva sykepleie er må man ha en forståelse for hva som foregår i møtet mellom pasient og sykepleier og hvilke konsekvenser dette møtet har for pasientens tilstand. Travelbee tar avstand fra begrepene pasient og sykepleier, da hun mener at dette er generelle begreper som sletter personens individuelle trekk. Hun distanserer seg fra disse begrepene fordi hun mener de bringer enkeltmennesker ned til det generelle. Mennesker reagerer forskjellig på lidelse og det er den enkeltes oppfatning av sykdom og lidelse som er viktigere å forholde seg til enn en diagnosen i seg selv. Hun beskriver at lidelse er knyttet til det som betyr noe i livet til den enkelte person. Det å finne mening i livets ulike erfaringer er av stor betydning i følge Travelbee (Kirkevold, 2012).

### 3.2. Tilknytningens betydning

#### 3.2.1 Bowlbys tilknytningsteori

Da vi har valgt å fokusere på barn som pårørende mener vi det er naturlig å redegjøre for noe utviklingspsykologi knyttet til barn. Det finne blir sterkt vektlagt i forståelsen av sammenhengen mellom tidlige omsorgserfaringer og barns senere personlighetsutvikling (Smith, 2008).

Smith (2008) beskriver videre at Bowlbys tilknytningsteori baserer seg på grunntanken om at tilknytning er et atferdssystem som aktiveres når fare truer. Hos små barn kan man se dette ved at de søker en trygg base hvis de blir utsatt for noe de opplever som truende. Bowlby var opptatt av tilknytningen barn har til sine foreldre, og hvordan denne tilknytningen preges av erfaringene små barn gjør med sine omsorgspersoner. Hvordan omsorgspersonene har reagert på barnets initiativ tidligere, og hvor tilgjengelige omsorgspersonene er for barnet, vil påvirke barnets måter å søke kontakt på og i hvilke situasjoner barnet vil søke kontakt. Det er barnets indre arbeidsmodeller som blir dannet underveis i barnets møte med sine omsorgspersoner (Smith, 2008). I tillegg til disse indre arbeidsmodellene la Bowlby vekt på at for barnets utvikling av følelsen av trygghet spiller det en stor rolle hvor sensitivt og følelsesmessig

tilgjengelig barnets tilknytningsperson er. Det at tilknytningspersonen er sensitiv til barnet viser seg gjennom at tilknytningspersonen «leser» barnets signaler raskt og reagerer på barnets signaler på en passende måte (Smith, 2008). Bowlby skisserer et skille mellom barn som har en organisert strategi i sin tilknytning og de barn som ikke har en organisert strategi. Barna som ikke har en strategi for hvordan de skal handle når de føler seg utsatt for fare har et fellestrekk ved at de har en underliggende frykt for tilknytningspersonen. Det vil da være høy risiko for atferdsvansker, og de er høyere disponert for psykopatologi (Smith, 2008).

### 3.2.2. Tilknytningsstiler

Helt i fra fødselen søker barn kontakt med andre personer og knytter seg til de menneskene som gir de best omsorg (Kvello, 2008). Barn er i utgangspunktet avhengig av voksne mennesker for å overleve. Tilknytning handler om evnen til å søke kontakt med andre mennesker og knytte seg til disse. Tilknytning betegner hvordan barnet opplever andre mennesker, og hva man gjør for å søke trygghet. Formen på barns tilknytning til omsorgspersoner kalles tilknytningsstil (Kvello, 2008). I følge Kvello (2008) kommer tilknytningsstilene til syne når barnet føler en viss grad av stress og de viser da en karakteristisk måte å søke trygghet på. Metoden som forklarer tilknytningsstilene er utformet av Mary Ainsworth etter at hun testet tilknytning hos barn, der barnet ble observert under separasjon og gjenforening med mor. Det ble utarbeidet fire beskrivelser av tilknytningsstiler; A, B, C og D (Kvello, 2008). Vi gjør kort rede for disse.

Tilknytningsstil A: «Utrygg unnvikende tilknytning»

Barn med utrygg unnvikende tilknytning kan også utforske verden med tilknytningspersonen som trygg havn, men disse barna reagerer med lite følelser ved atskillelse og kan enten unngå tilknytningspersonen ved gjenforening eller de vil heller fortsette å leke med lekene sine. Man kan tenke seg at tilknytningspersonen i disse tilfellene har vært mye opptatt eller avvisende (Kvello, 2008).

Tilknytningsstil B: «Trygg tilknytning»

Kjennetegnes ved at barna har erfart at tilknytningspersonen har vært tilgjengelig og responsiv og dermed forventer barna med trygg tilknytning at tilknytningspersonen fortsatt vil være dette selv om de ikke er tilstede i øyeblikket. Trygge barn utforsker verden med tilknytningspersonen som en trygg havn hvis fare truer. Trygge barn kan altså føle frykt og



uro, men de er trygge på at tilknytningspersonen vil passe på. Trygge barn savner tilknytningspersonen ved atskillelse men lar seg trøste ved gjenforening (Kvello, 2008).

Tilknytningsstil C: «Utrygg ambivalent»

Barn med utrygg ambivalent tilknytning vil enten ikke utforske verden eller i liten grad gjøre det, de reagerer sterkt på atskillelse og vil ved gjenforening variere mellom sint avvisning og oppfordring til kontakt med tilknytningspersonen. Foreldrene her kan for eksempel ha vært uforutsigbare eller inkonsekvente i hvordan de har reagert på barnets initiativ (Kvello, 2008).

Tilknytningsstil D: «Utrygg desorganisert»

Barn med utrygg og desorganisert tilknytning kjennetegnes ved at de viser ingen sammenheng i tilknytningsatferden sin. Dette er barn som ofte har vært redde i forbindelse med tilknytningspersonens omsorgsutøvelse. Det er i denne gruppen størst risiko for senere utvikling av psykopatologi, både i senere barnealder og frem til voksen alder (Kvello, 2008).

Barnets erfaringer med en spesifikk tilknytningsperson vil påvirke barnets forventninger til denne tilknytningspersonen og således er disse erfaringene med på å danne barnets indre arbeidsmodeller i forhold til denne tilknytningspersonen (Smith, 2008). Barns tidlige erfaringer med tilknytningspersonene danner grunnlaget for barnets indre arbeidsmodeller. Det er disse indre arbeidsmodellene som senere er med på å styre hvordan barnet samhandler i senere barnealder og hvordan barnet knytter nye relasjoner og til hvilke mennesker barnet knytter relasjoner til. Senere erfaringer vil være med å justere de indre arbeidsmodellene i en viss grad, og derfor mente Bowlby at tilknytningen er et produkt av både de tidlige erfaringene barnet har men også de nåværende omstendigheter. Et utrygt spedbarn vil kunne utvikle seg bra likevel, hvis utrygge erfaringer uteblir men snarere trygge erfaringer kommer til (Smith, 2008).

### 3.3 Familie

Å ha et rusproblem er ikke belastende kun for den som har problemer, men for hele familien. Familiebegrepet har endret seg i løpet av de siste årene. Det er ikke lengre slik at det er standard å være gift for å være en familie. Noen betegner familie som det å bo i samme hushold, mens andre også medregner mennesker utenfor husets vegger (Ytrehus, 2012). Man har altså et mangfold av familiesammensetninger, men vi fokuserer som sagt på nærmeste familie, spesielt på barn av rusmisbrukere. Helsepersonell legger ofte vekt på

familiemedlemmer som ressurs for personer med rusproblemer som har behov for hjelp, og man tilstreber å ha en god relasjon til disse familiemedlemmene. Det er økende fokus på konsekvenser rusmisbruk har for familien. Å ha en god relasjon til familiemedlemmer viser seg å være av stor betydning for personer som sliter med rusmisbruk (Andresen, 2012). Får man støtte fra familiemedlemmer kan dette være av betydning. Familien kan gi positiv oppmuntring og bidra til emosjonell støtte, noe som igjen fører til redusert rusmisbruk. Familiemedlemmers viktige hjelpende rolle overfor rusmisbrukende personer kan ha en betydelig skadereduserende effekt. Å se familiens positive effekt på rusmisbruk gjør det viktig for helsepersonell å inkludere familiemedlemmer i ulike tiltak rundt behandling av personer med rusavhengighet. Familien er ofte en viktig motivasjonsfaktor for å søke hjelp, men også ofte en ressurs i forhold til at de fungerer mellom tjenesteapparatet og personen de ønsker å hjelpe. Det er også viktig å huske at familier ikke alltid ønsker, eller har mulighet til å være en ressurs og dette må derfor kartlegges tidlig i behandlingsforløpet. Man er mer utsatt om man ikke har tilgang på ressurser i familien (Ytrehus, 2012).

### **3.3.1 Alkoholmisbruk i familien**

Rusmisbruk kan ødelegge innvirkningen på mange familier, og mange personer kan bli skadelidende i forbindelse med at en person i familien har et rusproblem. Det fører til ekstra behov for hjelp og er en omsorgsbyrde i mange familier. Det er ikke alltid slik at nære pårørende får negative senvirkninger, men det er omfattende dokumentert at det ofte fører til en merbelastning for familien (Andresen, 2012). Det vil variere fra individ til individ hvor omfattende konsekvenser dette har for forskjellige familiemedlemmer. Det er behov for et bredt skadereduserende perspektiv med fokus på negative konsekvenser og belastninger. Rusmisbruk kan skape store sosiale, økonomiske, følelsesmessige og praktiske problemer (Andresen, 2012). Rusmisbruk er en viktig faktor i mange barnevernssaker. Barns behov står i sentrum, og fokus på å gi foreldre med rusproblemer hjelp er en viktig del i arbeidet omkring barn. Rusmisbruk kan også føre til en aggressiv og voldelig atferd, og kan være en av kildene til vold i nære relasjoner. Dette gjelder da både fysisk vold, men også psykisk vold i forhold til trusler, aggresjon, anklagelser og ødeleggelse av gjenstander (Ytrehus, 2012). Rusproblemer skaper stress på mange områder for familiemedlemmer og kan gi både fysiske og psykiske helseplager. Når en person i familien har et rusproblem kan andre familiemedlemmer oppleve håpløshet og bekymrer seg for hvordan de skal ta vare på seg selv og resten av familien fremover. Dette kan da være som følge av de dramatiske konsekvensene

rusmisbruk fører til. Dette kan for eksempel være en forelder som er fraværende både fysisk og psykisk, og familiemedlemmer kan oppleve å føle usikkerhet, uro, skyld og lav selvfølelse (Ytrehus, 2012).

Man har stor forståelse for at det kan oppleves dramatisk og uforutsigbart å vokse opp i et hjem der en eller begge foreldrene er rusavhengige. Dette kan føre til uforutsigbarhet og problemer i forhold til tilknytning, og derav senere psykiske ettervirkninger for barn.

Belastningen pårørende har i situasjoner hvor far har alkoholavhengighet er til tider veldig stor. Hverdagen blir ofte preget av at familien som er hjemme påvirkes både fysisk, psykisk, gjennom arbeidet, relasjoner, sosialt og ikke minst økonomisk (Andresen, 2012). Utover dette finnes det ingen formell regel på hvem de pårørende er og hvilke behov som er nødvendig. Alle har forskjellige behov, men overordnet handler det om at pårørende trenger hjelp utenifra. De trenger støtte til å takle rollen som pårørende og i tillegg hjelp til å sette egne grenser til å takle sine egen hverdag. Implikasjonene av å være pårørende til en far som er alkoholavhengig er trolig større i dag enn hva sykepleiere er klar over. Kunnskap rundt dette og hvordan man skal gjøre et praktisk arbeid rettet mot disse pårørende er i dagens samfunn mangelfullt (Andresen, 2012).

Ser man videre på problematikken i familien er skam og ikke minst skyldfølelse et sentralt tema som går igjen i de fleste familier. For å beskytte familien brukes blant annet benektelse av fakta for å normalisere hverdagen til hvert enkelt familiemedlem (Ytrehus, 2012).

### **3.3.2 Familiens mestring av alkoholmisbruk**

De forskjellige måtene familiemedlemmer mestrer rusmisbruk på varierer fra familie til familie, og må forstås ut i fra familiens helhetlige situasjon. Noen familier velger ikke å hjelpe eller bidra, noen bidrar økonomisk uten å blande seg inn i rusproblematikken. Om man velger ikke å involvere seg og man overser problemet, kan det være for at man ønsker å beskytte seg selv for problemer. Man kan også tenke seg at dette er en vanlig forsvarsmekanisme hos barn som bor med rusavhengige foreldre. Andre med mere ressurser kan ha mulighet til å argumentere mot rusmisbruket og forlanger en endring. Da inntar familien en aktiv rolle i problemene (Ytrehus, 2012). Dette er en meget krevende situasjon som gjenspeiler seg i en forskningsartikkel som omfatter hele familier hvor ikke bare barnet har en mestringsfaktor, men hele familien (Coyle et al., 2009). Forskningen går dypere inn på at familier som har gode holdninger, positive tanker, nærhet og er flinke på å forandre seg i forhold til endring

som skjer i, har gode beskyttelsesfaktorer og underbygger mestring i vanskelige situasjoner. Videre så er det forklart at familier som tar omsorg til pasienten demper utviklingen av misbrukende alkoholtendenser hos barnet (Coyle et al., 2009). I en familien hvor man hjelper og støtter hverandre vil det være stor tilhørighet (Haugland, 2012). Som sykepleier må man kjenne til hvilke avvik som kan være synlig hos en familie hvor en forelder har alkoholavhengighet. Et slik familieforhold vil ofte bære preg av for eksempel depresjon, angst og atferdsvansker hos barna. For å forstå forskjellen mellom en familie hvor for eksempel far drikker, i motsetning til en familie der det er mindre alkoholforbruk, så vil hverdagen oppleves som mindre følelsesladet. Barna i familien vil trolig smile mindre, mindre latter og humor. I tillegg vil de ofte tenke negativt om ulike opplevelser i hverdagen (Haugland, 2012).

Offentlige helsetjenester skal være inkluderende og alle deler av tjenesteapparatet må ha kompetanse på familieperspektivet. En familievennlig praksis er skadeforebyggende både for den med problemet og for familiemedlemmene (Ytrehus, 2012). Mange yrkesgrupper, deriblant sykepleiere, møter familier der rusavhengighet er en del av hverdagen. Det er viktig at man da tenker på familieperspektivet og at dette får oppmerksomhet for å forebygge senskader hos både barn og livspartnere. Vi ser her viktigheten av å ha en barnansvarlig sykepleier på de forskjellige delene av hjelpeapparatet.

### 3.3.3 Å være en pasient med et alkoholproblem

Hummelvoll (2012) har en fremstilling av at sykepleier - pasient - fellesskapet skal bygge på et godt samarbeid med sykepleier og pasient. Sammen med pasienten avklares det hvilke funksjonsvansker og problemer pasienten har. Sammen med sykepleier utformes en plan for å møte disse (Hummelvoll, 2012). Behandlingen av alkoholavhengighet har i veldig mange år vært i en gråson. Både behandleren, pasienten og hans pårørende føler at behandlingen ikke er tilstrekkelig eller helbredene. Grunnlaget for en slik tankegang kan være omfattende, men det dreier seg i hovedsak om tilbakevending. For at sykepleier skal kunne behandle pasienten fullverdig, må man starte uten fordommer på grunn av at slike fordommer kan hindre en god bedring (Johansen & Bramness, 2012). Som sykepleier må man til en hver tid huske at det foreligger noe som har gjort at en far eller mor har kommet til et stadiet hvor de blir diagnostisert som alkoholavhengige. Dette har vi valgt og ikke gå dypere inn på, men vi vil påpeke at det er stor forandring å gå fra å ha en funksjon i samfunnet til å bli en hjelpetrengende pasient. Samfunnet i Norge i dag er dessverre slik at det ligger som et fundament i vår kropp at vi skal klare oss selv og mestre og løse problemene vi møter i

hverdagen. En slik opplevelse vil gjøre at pasienten kan endre sitt eget selvilde (Hummelvoll, 2012). For at sykepleier skal kunne tenke som helhetlig behandler både til individer, men også samfunn, så har vi valgt å ta med et lite sitat om hvordan det er å bli pasient. Dette har Jan Kåre Hummelvoll (2012) skrevet i en av sine bøker:

En annen vanskelighet i begynnelsen var å akseptere at jeg plutselig hadde blitt *dagpasient* ved en *psykiatrisk* avdeling. Jeg måtte bruke mye tid og krefter på å venne meg til denne kjensgjerningen. Her savnet jeg kanskje hjelp fra personalet til å drøfte hvor åpent jeg skulle snakke om dette til mennesker jeg møtte utenom institusjonen .... (s. 33)

### 3.4 Beskyttelse mot skade- risiko og beskyttelsesfaktorer.

Med vårt fokus på barn som pårørende av alkoholisert forelder og hvordan vi som sykepleiere kan støtte barn og forelder i denne situasjonen, blir det naturlig å redegjøre for begrepet resiliens.

#### 3.4.1 Definisjon av resiliens

Begrepet resiliens er vanskelig å definere. Det kommer av det engelske ordet «resilience» som er vanskelig å oversette til ett dekkende norsk ord. Man kan forklare det som å gjenopprette sin vante atferd etter å opplevd en alvorlig risikosituasjon. Barn som daglig over tid opplever vanskelige oppvekstvilkår kan til tross for dette opprettholde en relativt tilfredsstillende psykologisk utvikling. Barn i kronisk risiko kan også forbedre sin utvikling. På mange måter snakker man om motstandskraft og mestring. Men det er et viktig poeng at man her snakker om et relativt begrep, relativ motstandskraft mot psykososial risiko. Det finnes flere forskjellige nyanser av definisjoner på resiliens. Vi støtter oss her på definisjonen utarbeidet av den verdens ledende barnpsykiateren Michael Rutter som har bidratt stort til resiliensforskningen. Rutter (2000) definerer dette på følgende måte : *«Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik»* (Borge, 2003).

### 3.4.2 God fungering «til tross for»

Resiliens handler om god psykososial fungering til tross for store påkjenninger. Det handler om hvorfor og hvordan noen barn greier seg gjennom harde påkjenninger og kommer styrket ut på den andre siden. Resiliensforskningen er opptatt av hvorfor noen barn greier seg bra og andre dårlig når de er utsatt for tilsynelatende samme belastning. Faktisk viser studier at over halvparten av barna som er utsatt for risiko og stress, takler dette fint og utvikler ikke alvorlige psykiske problemer. Det er denne evnen enkelt barn har til å greie seg nærmest uansett påkjenning, som har fått navnet resiliens eller resiliensfaktoren. Ved å forske på hva det er som gjør at noen greier seg «til tross» kan man sette inn disse tingene som direkte tiltak i arbeid med familier som er i en sårbar situasjon (Borge, 2003).

### 3.4.3 Salutogenese

På noen måter kan resiliens sammenlignes med det medisinske uttrykket salutogenese. Salutogenese sees, i likhet med resiliens, på som en aktiv prosess utviklet over tid og som fremmer relativ sunnhet hos mennesker utsatt for påkjenninger. Salutogenese forklarer god helse tross risiko der man for eksempel ser sammenhengen mellom sosiale forskjeller og god helse. Men der salutogenese er et samfunnsperspektiv med fokus på god folkehelse til tross for risiko, har resiliens fokus på individperspektivet knyttet til hvert enkelt barn. Mye av resilienstankegangen bygger på Antonovskys (1987) teori om Sense of Coherence. Dette kan oversettes til “følelsen av sammenheng”, altså en opplevelse av mening og sammenheng. Han mener at det å oppleve høy grad av mening og sammenheng i tilværelsen er en viktig faktor i salutogenese, og dette er sentralt for om vi klarer oss i livet eller ikke. Personer med høy sense of coherence ser på forandringer som en naturlig del av livet og de håndterer vanskene de møter (Olsen & Traavik, 2010).

### 3.4.4 Kauai – undersøkelsen:

Opptakten til resiliensforskningen er Kauai undersøkelsen som var en langvarig studie over 40 år som tok for seg 1000 gravide kvinner i utgangspunktet slik at forskerne kunne finne ut hvilke barn som var i risikogruppen. Forskerne samlet så inn data da barna var født, 2 år, 10 år, 18 år, 32 år og 40 år. I tillegg til intervjuer med mødre ble det foretatt grundige legeundersøkelser og psykologvurderinger av barna. Av i utgangspunktet 1000 gravide

mødre, ble 698 barn med videre i oppfølgingsstudien. Fordelingen av barn med og uten risiko, og med og uten resilient utvikling følger av tabellen under (Borge, 2003).

		Resiliens tilstede		
		Ja	Nei	Sum
Risiko tilstede	Ja	72	129	201
	Nei	497		497
Antall barn til sammen				698

Tabell hentet fra Borge (2003, s. 22).

Vi ser av tabellen at 201 av barna var definert som risikobarn. For å bli definert som risikobarn måtte de ha vært utsatt for minst 4 av følgende 9 risikofaktorer:

1. Perinatalt stress i form av medisinske tilstander, helseproblemer eller misdannelser
2. Kronisk fattigdom
3. Foreldre med lav formell utdanning
4. Disorganisert familiemiljø
5. Liten stabilitet i familien
6. Alkoholiserende foreldre
7. Vold
8. Tenåringsmor
9. Omsorgssvikt.

Undersøkelsen viste at mange av de 201 «risikobarna» utviklet lærevansker, atferdsproblemer eller mentale forstyrrelser synlig ved 10 og 18 års alder.

Men 72 av barna, om lag 10 % av alle barna i undersøkelsen, fikk god utvikling til tross for disse påkjenningene og denne gode utviklingen holdt seg på de aller fleste til de var 40 år gamle. Det er vanskelig å si helt sikkert hva som ga denne gode utviklingen, men forskerne kunne peke på flere faktorer som bidro til at barna klarte seg bra. Det kunne

være faktorer med barnet selv eller miljøet rundt. På bakgrunn av forskning kan man vise til en rekke risikofaktorer, resiliensegenskaper ved barnet og ved miljøet (Borge, 2003).

Risiko	Resiliensegenskaper ved barnet	Resiliensegenskaper ved miljøet
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lang atskillelse fra primær omsorgsgiver første leveår</li> <li>· Yngre søsken født i barnets to første leveår</li> <li>· Gjentatte alvorlige barnesykdommer</li> <li>· Somatisk sykdom hos foreldrene</li> <li>· Mental sykdom hos foreldrene</li> <li>· Kroniske familiekonflikter</li> <li>· Arbeidsløse eller sporadisk sysselsatte foreldre</li> <li>· Hyppig boligskifte</li> <li>· Foreldre skilsmisse</li> <li>· Foreldre i nytt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Familiens første barn</li> <li>· Høyt aktivitetsnivå hos babyen</li> <li>· Godmodig følelsesmessig disposisjon (temperament)</li> <li>· Aktiv interesse for omgivelsene</li> <li>· Positiv sosial orientering</li> <li>· Selvstendighet</li> <li>· Vedvarende normale sensoriske-motoriske ferdigheter</li> <li>· Gode kommunikative ferdigheter</li> <li>· Evne til å konsentrere oppmerksomheten</li> <li>· Evne til å kontrollere impulser og aggresjon</li> <li>· Hobbyer eller</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fire eller færre barn med mer enn to års mellomrom</li> <li>· Mye oppmerksomhet til barnet i første leveår</li> <li>· Positiv foreldre-barn relasjon tidlig i barndommen</li> <li>· Flere omsorgspersoner enn moren</li> <li>· Godt forhold til søsken</li> <li>· Ikke-kritiserende besteforeldre</li> <li>· Mødre i stabil jobb utenfor hjemmet</li> <li>· Struktur og regler i hjemmet</li> <li>· Felles verdier</li> <li>· Tette kameratrellasjoner</li> </ul>



ekteskap og nye stebarn i familien · Oppbrudd eller dødsfall blant søsken eller kamerater · Plassering utenfor hjemmet	interesser · God evner til å takle problemer · Positiv selvfølelse	r · Tilgang til råd og veiledning, blant annet fra lærere · Tilgang til ytre ressurser
---	--	--

Tabell hentet fra Borge (2003, s. 24).

### 3.5 Senreaksjoner og konsekvenser for barnet

En amerikansk studie har undersøkt om barn som vokser opp i hjem med alkoholmisbruk øker risikoen for å oppleve fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk. Denne undersøkelsen tok for seg 8000 voksne og deltagerne ble spurt om de vokste opp med alkoholavhengige foreldre og om dette førte til noen av de nevnte misbruk. Resultatene viser at barn med to alkoholmisbrukende foreldre har 3,8 ganger høyere risiko for å oppleve psykisk misbruk (Torvik & Rognmo, 2011).

Blant foreldre i dag som lider av alkoholmisbruk vet vi at 2 % til 11 % av barna får psykiske lidelser som følge av at foreldrene drikker. Dette gjelder også innblanding fra barnevernet som ikke hadde vært til stedet hvis risikofaktoren ikke fantes. Hvor stor påvirkning foreldrenes alkoholavhengighet har på barnet påvirkes av mange forskjellige faktorer. Negative opplevelser skyldes både genetikk, men også hvilke miljø barna har rundt seg. Ved at barn er pårørende til foreldre som lider av en alkoholavhengighet legger nødvendigvis ikke grunnlaget for at barnet selv skal ha problemer i framtiden. Barn er svært tilpasningsdyktige og noen har evnen til å klare seg uansett hvilken oppvekst de har hatt. Allikevel mener vi som sykepleie at det er viktig å synliggjøre omfanget av barn som får senvansker fordi foreldre har en alkoholavhengighet. Fra en dansk studie hvor 800 000 barn ble undersøkt om de selv hadde utfordringer innenfor psykiske lidelser og rusrelaterte lidelser i etterkant, så var funnet svært interessant. Sjansen for at disse barna kunne bli diagnostisert med en psykisk lidelse i framtiden var hele 3.4 ganger større enn hvis de ikke hadde vært barn av foreldre med en psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011). For et barn innebærer dette større risiko for å

utvikle atferdsproblemer, emosjonelle problemer, kognitive vansker og skoleproblemer. For et barn som går i de første skoleårene er sjansen stor for at barnet vil uttrykke stadig mer negative følelser. Disse følelsene kan blant annet være aggressivitet og impulsivitet. Videre i senere skolealder vil også barnet raskere kunne utvikle angst, depressive symptomer, atferdsvansker, lav selvtillit og rusbruk (Haugland, 2012). Sett ut ifra et sykepleieperspektiv så må man kjenne til hvilke konsekvenser en slik oppvekst kan ha for barnet. Vi har valgt å fokusere på tre punkter som vi mener er mest relevante for vår oppgave. Disse punktene er mishandling og psykiske lidelser og omsorgssvikt. Begrunnelse for disse valgene er at vi ser at sykepleier må tidlig inn som et hjelpeapparat for å unngå at barna skal få store psykososiale utfordringer i framtiden. Vi ser også muligheten til at sykepleier kan jobbe helsefremmende før utfordringen skjer. (Torvik & Rognmo, 2011).

### 3.6 Mishandling og psykiske lidelser

Det er ingen universell definisjon på hva mishandling er (Kvello, 2008). Mishandling av barn skjer da mor, far eller omsorgspersonen utfører fysisk skade til barnet, eller er i betydelig fare for å bli utsatt for vold. Det er i dag relativt enkelt å se om et barn har blitt mishandlet. På den andre siden er det utfordrende å forstå seg på begrepet omsorgssvikt. Barnet vil da bli skadet fysisk eller psykisk skadet og kan dermed stå i fare for bremse eller stoppe sin utvikling.

Definisjon av omsorgssvikt omfatter betydelige forsømmelser i ivaretagelsen av grunnleggende behov hos barn og unge. Dette kan være i forhold til ernæring, påkledning, beskyttelse mot fare, oppmerksomhet og stimulering (Kvello, 2008). Man vet at barn fra familier der foreldre er alkoholmisbrukere har betydelig risiko for å utvikle psykososiale vansker. Sammenhengen mellom foreldrenes rusproblemer og barns fungering er mere kompleks enn man tidligere har gått ut ifra. Det er funnet sammenhenger mellom alkoholmisbruk og partnervold, noe som kan være traumatisk for barn å oppleve.

Sannsynligheten for at barn opplever vold mellom foreldrene er størst der begge foreldrene er alkoholmisbrukere. Det er også en sammenheng mellom alkoholmisbruk hos foreldre, og fysisk og psykisk mishandling av barn. Foreldrenes problemer ser ut til å bidra til økt sårbarhet for å utvikle posttraumatisk stressyndrom (PTSD), depresjon og egne rusproblemer etter å ha vært utsatt for vold fra foreldrene. I tillegg til at noen foreldre selv utøver vold mot barn, er det også tilfeller der foreldres alkoholmisbruk svekker deres omsorgsevne for å skjerme barna fra skadelige miljøer utenfor hjemmet, noe som igjen kan føre til forskjellige overgrep fra andre uten at dette blir stoppet av foreldrene (Haugland, 2012). I følge Torvik &

Rognmo (2011), spiller felles gener en stor rolle for at barn utvikler samme lidelse som sine foreldre. Ved at et barn arver sårbarheten for å utvikle lidelser som for eksempel ADHD eller alkoholmisbruk, og samtidig vokser opp i et miljø preget av dette øker sjansen for at barnet skal få en slik lidelse. Det er svært individuelt hvor stor sjanse det er for at barnet skal utvikle en psykisk lidelse. Det er heller ikke en selvfølge at barnet skal få psykiske lidelser fordi mor eller far er alkoholavhengig. Man må se dette ut ifra et større perspektiv som omhandler blant annet sosiale normer og hvordan man lever livet (Torvik & Rognmo, 2011). Dette skal vi ta for oss videre og blant annet se på begrepet resiliens om hvorfor noen barn kommer seg gjennom alt uansett.

### 3.7 Sykepleieren og barnet

Vi er klare over at det er far til barnet som er vår pasient, og at vi ikke skal ha en aktiv og direkte samhandling med barnet. Vår rolle er i samhandling med foreldrene å jobbe mot et felles resultat som kommer barnet til gode. Den hyppigste kontakten med barnet er det naturlig at vi overlater til barneansvarlig personell.

Vi mener allikevel at det relevant å nevne noe om vårt eventuelle møte med barn, da det kan være naturlig at barn kommer på besøk i klinikken. Ved at et barn opplever å vokse opp i et hjem hvor kanskje mor og/eller far er alkoholavhengige kan barnet ha behov for oppfølging av sykepleier. Barnet befinner seg i en modningsfase hvor kropp og sinn vokser raskt og hvert enkelt individ har forskjellige behov. Som sykepleier må man kjenne til hvordan barnet vokser, utviklingsprosessen og at barnet kan være i en sårbar fase. Hvis sykepleier kommer til å møte barnet må sykepleier kjenne til alle disse forholdene og samtidig være klar over at barnet har et stort behov for omsorgspersoner. Hvis det er slik at mor eller far ikke gir trygghet og velvære til barnet vil barnet fremstå som usikker og uvitende (Haugland, 2012).

Kommunikasjon med barn er en effektiv måte å bygge et godt og sterkt tillitsforhold.

Sykepleier må derfor tenke på verbal og nonverbale signaler som barnet sanser. En god huskeregel er at sykepleier må være interessert og ha lyst til å ivareta barnet for at det skal bygges et godt bånd mellom partene. For at sykepleier skal kunne bygge et godt fundament sammen med barnet må sykepleier vise forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytte til hva barnet kommer med. Gjør man dette vil barnet kunne vise seg på sitt følelsesmessige plan og sykepleier kan vise støtte og trøst (Grønseth & Markestad, 2011). For at samtalen ikke skal foregå som utspørring kan man mot yngre barn be de forklare og beskrive ettersom små barn

er svært flinke til å kjenne igjen ansikter, bilder og steder. Hjelpemidler i kommunikasjonen er et godt utgangspunkt for å nå frem til et barn som er pårørende av alkoholavhengige foreldre. Kreativitet og lek gjør kommunikasjonen enklere for barnet. Sykepleier kan for eksempel be barnet tegne skumle tanker som barnet har opplevd i familien. På den måten blir det enklere for barnet å avstand til negative hendelser som skjer i hjemmet (Grønseth & Markestad, 2011). Det er viktig å forstå at barnet er i en situasjon og alder hvor all informasjon rundt behandlingen kan være vanskelig å forstå. Hvis far ruser seg, er inne til behandling og hverdagen fortsetter i en slik sirkel, kan det være forståelig at barnet ikke vil ha noe informasjon. Barnet ønsker mest sannsynlig at pappa skal være sånn han pleier å være når han ikke drikker (Skoglund & Biong, 2012).

### 3.8 Lover og rettigheter

I januar 2010 kom det nye lovparagrafer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Disse omtaler barn som pårørende og våre plikter i forhold til oppfølging av disse.

Helsepersonell må være klar over at det finnes faste rammer man skal forholde seg til, men at vært individ må behandles med skjønn. Sykepleiere har plikt til å avklare om pasienten har mindreårige barn. Dette er beskrevet i Helsepersonelloven § 10 a: *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende* (Lovdata, 2015). Lovteksten avgrenser barn som pårørende til barn av personer med psykisk eller somatisk syke, og barn rusavhengige. I Spesialisthelsetjenesteloven beskrives det at aktuelle institusjoner skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke pasienter (Lovdata, 2015). I familier preget av sykdom kan belastningene bli så store at barn tar på seg ansvar de ikke trenger, eller at de tar over foreldrerollen. I slike tilfeller trenger familien hjelp slik at familiens barn forblir i rollen som barn. Man ser at barn tar over foreldrerollen i situasjoner der foreldrene har store behov for hjelp. Foreldrenes sykdom kan ha som konsekvens at det påvirker deres evne til å være gode omsorgspersoner. For å bedre foreldrenes ferdigheter og evne til å se barnas behov, dekke barnets behovet for informasjon og nødvendig oppfølging har helsepersonellet en viktig rolle. Man må vurdere om forelderens helsetilstand er såpass alvorlig at det er sannsynlig at det vil gjøre barna usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller kan komme til å bli bekymret. Hensikten med dette er å sikre at barna blir fanget opp tidlig for å forebygge psykiske problemer hos barna selv. Det skal da bli satt i gang prosesser som gjør barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen der en forelder er syk. Man må vurdere om pasientens

tilstand fører til negative konsekvenser for familien og pasientens barn. Lovens plikter trer i kraft før barnet utvikler symptomer på psykisk sykdom. Man må være klar over at barna kan ha spørsmål og tanker rundt hvordan de skal takle en situasjon der en av foreldrene er alvorlig syke. Sykepleier må her tenke over hva slags oppfølging barnet skal ha og tilpasse denne oppfølgingen rettet mot hvert enkelt barn. (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Om barn opplever å ha foreldre innlagt på en psykiatrisk avdeling, er avdelingen pliktig til å ha en barneansvarlig ansatt hvis helseinstitusjonen omfattes av denne loven. Sykepleieren er pliktig til å ivareta barn som pårørende slik at barnet får dekket behovet for nødvendig informasjon og oppfølging. Det at barn vokser opp med psykisk syke foreldre er ikke alene grunnlag for behandling. Oppvekstvilkårene er allikevel bekymringsverdige og preget av mange faktorer som stiller barnet i fare for å senere utvikle psykiske problemer. Barns problemer blir ofte først synlige når de kommer opp i ungdomsårene og de risikerer da å ekskluderes fra den normale sosiale omgangen med jevnaldrende. Psykososiale problemer barnet har hatt i oppveksten kan da forsterkes ytterligere i denne fasen. Studier viser sammenhenger mellom psykiske belastninger i barneårene, og utviklingen av depresjon og angst i ungdomsårene. Det blir derfor viktig med en tidlig forebyggende intervensjon for å unngå oppblomstring av psykiske problemer i ungdomsårene (Halsa, 2012).

## 4.0 Drøfting

I første kapittel tar vi for oss avklaring av sykepleiers rolle. Her legger vi grunnlaget for vår drøfting. Teoretikerne vi har med oss i dette kapittelet er Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll, samt at vi drøfter etiske utfordringer. Barnets utsatt har vi tatt for oss i kapittel to. Her drøfter vi risikofaktorer ved at faren er alkoholisert opp mot beskyttelsesfaktorer ved at faren bidrar til å styrke barnets mestring. Andre beskyttelsesfaktorer vi drøfter er miljø på skole og bidrag fra helsesøster og andre tverrfaglige instanser. I slutten av drøftingen har vi valgt og ta for oss konkrete tiltak som kan bidra til å beskytte barnet mot konsekvenser og reaksjoner ved å vokse opp i en familie hvor far er alkoholavhengig. Fokusområdet vårt er tverrfaglig samarbeid hvor vi tar for oss utfordringer rundt dette. Videre vektlegger vi vår koordinerende rolle opp mot samarbeidet med far. Dette gjør vi fordi barnet står i fare og har behov for å redusere blant annet psykososial risiko. ICDP er et foreldreveiledningsprogram som styrker oppveksten og omsorgen for barn og unge. Vi drøfter videre foreldrenes sentrale rolle rundt dette og hvordan vi som sykepleiere har en påvirkende funksjon.

#### 4.1 Avklaring av sykepleierens rolle

Rollen til sykepleiere i slike situasjoner som dette er ikke særlig rettet direkte mot det pårørende barnet. Vi kan ikke se at vi som sykepleiere uten videreutdanning er kvalifisert til å ta oss av det pårørende barnet alene. Vi har en viktig rolle med tanke på å skape en god relasjon til pasienten med alkoholavhengighet for å få han med på å tenke på barnets beste. Vi må ha en løpende dialog med far. I psykisk helsearbeid spiller sykepleier-pasient-fellesskapet en viktig rolle i pasientens bedringsprosess. Dette fellesskapet er basert på et møte mellom to likeverdige mennesker i stedet for på rollene de to har der den ene mottar hjelp, og den andre tilbyr hjelp. I fellesskap søker man da etter å kartlegge problemene pasienten har, og man finner sammen gunstige måter å møte disse på. Betydningen av dette samarbeidet avhenger av gjensidig tillit og åpenhet (Hummelvold, 2012). Joyce Travelbee har fokus på at de mellommenneskelige relasjoner viktige, og at sykepleieren hjelper individ og familie å forebygge sykdom og lidelse, eller hjelper de til å mestre og finner mening med sykdommen og lidelsen (Kirkevold, 2012). Dette er noe vi forbinder med helhetlig sykepleie, der vi gjennom samhandling med far står i posisjon til å forebygge sykdom og lidelse hos barnet som en følge av hans alkoholavhengighet. Vi inkluderer derfor pasienten i alle tiltak rundt barnet med den tro på at pasienten også ønsker det beste for barnet, og at vi har en felles bekymring for barnets helse. Vi ser derfor for oss at vi har en koordinerende rolle der vi tar initiativ til samarbeid med andre hjelpeinstanser for tverrfaglig samarbeid.

Vi tenker oss at vi også koordinerer dette med barneansvarlige ansatt i avdelingen. Dette er en ansatt, for eksempel en sykepleier, som er ansvarlig for å følge opp det pårørende barnet. Hensikten med en barneansvarlig ansatt er å sikre at den lovpålagte plikten helsepersonell har med å følge opp pasientens barn ivaretas (Halsa & Kufås, 2012). Gjennom praksis på akuttpsykiatrisk mottaksavdeling har vi selv sett hvordan det fungerer når man kartlegger pasientens barn. Man følger da et kartleggingsskjema for å fange opp om pasienten har barn, hvor de befinner seg og hvem som har ansvaret for barnet mens pasienten er innlagt (se vedlegg 3). Alle foretak som tar imot voksne pasienter med psykisk sykdom eller rusmisbruk skal ha en barneansvarlig (Halsa & Kufås, 2012). Halså og Kufås skriver videre at ordningen med barneansvar er relativ ny, og da den ble lovpålagt i 2010 ble mange tildelt denne rollen uten å ha nok innsikt i arbeidet. Det ble betegnet som et diffust tillitsverv. Men det er sannsynlig at lovendringene gir bedre oversikt over hvor mange barn som blir berørt av

foreldrenes rusmisbruk, og at reformen medfører at flere barn til samtale med ansvarlige behandlere (Halsa & Kufås, 2012).

#### 4.1.2 Etiske utfordringer

Det er vanskelig å avgjøre hva som er til pasientens beste. Det er naturlig at vi tenker at vi vet hva som er best for både pasient og pårørende. Det er ingen selvfølge at pasienten er enig med sykepleieren angående barnets utsatthet, og at det da kan oppstå fornektelse rundt dette. Vi tenker da på pasientens autonomi. Autonomi som prinsipp vil si at pasientens ønsker bør bli respektert når sykepleiefaglige avgjørelser skal tas (Slettebø, 2009). Det er en egenskap pasienten har knyttet til ens evne til å foreta egne valg. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på å få sine valg respektert. Sykepleiere har også en lovfestet taushetsplikt. Det er viktig at vi husker dette da vi mener å samarbeide med andre instanser for å hjelpe barnet. Pasienten eier alle opplysninger om seg selv og det er derfor viktig å huske at vi må innhente samtykke fra far for å kunne gi opplysninger videre til andre enn de som trenger det for hans behandling. Unntak fra taushetsplikten er i de tilfeller det foreligger tilfeller av barnemishandling eller omsorgssvikt. Da har sykepleieren opplysningsplikt til barnevernet (Slettebø, 2009). Noen ganger er ikke pasienten kompetent til å bestemme selv.

Helsepersonell kan se at pasienten tar avgjørelser som får uheldige konsekvenser for seg selv og pårørende, noe som strider i mot vår plikt til å hjelpe. Valget står mellom pasientens selvbestemmelse og sykepleierens plikt til å gjøre hva som er best for pasienten. Prinsippet om velgjørenhet krever at sykepleieren handler ut ifra det som er best for pasienten.

Vi har uansett en plikt til å se barnet. Fra år 2010 er det lovfestet i helsepersonelloven § 10 a om helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Denne loven pålegger oss å dekke behovet for informasjon og oppfølging av barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller somatisk sykdom. Visse helseinstitusjoner er også omfattet av spesialisthelsetjensteloven, og i denne står det forklart i § 3-7 a at institusjonen skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell som skal ha ansvar for å koordinere helsepersonells oppfølging av disse barna. Hensikten med disse nye bestemmelsene er at man skal sikre seg at barn blir fanget opp tidlig og at de blir bedre rustet til mestre situasjonen rundt foreldrenes sykdom (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Dette er det vi må forholde oss til med tanke på barnet som opplever at far er innlagt på grunn at alkoholproblem. Det er her vår plikt kommer inn og vi må stå i spissen for å koordinere det

tverrfaglige arbeidet som skal til for å hindre at barnet “faller mellom to stoler” og ikke får den hjelp det har krav på. Dette er en jobb som er med på å hindre at barnet får psykiske problemer senere i livet.

## 4.2 Barnets utsatthet

### 4.2.1 Psykososial risiko

Bowlby legger stor vekt på tilknytningspersonens psykologiske tilgjengelighet. Barn som opplever at foreldrene er psykologisk utilgjengelig for eksempel på grunn av alkoholmisbruk, kan også føle redsel knyttet til at tilknytningspersonen som skal være kilde til trygghet også er kilde til frykt (Smith, 2008). På bakgrunn av det vi tidligere har redegjort for i forhold til alkoholens fysiske så vel som psykiske innvirkning på mennesket, kan vi tenke oss at et barn som opplever en tilknytningsperson som er full sannsynligvis vil kunne oppleve dette som skremmende. Tilknytningspersonen kan både lukte, høre og se annerledes ut når han er full og kanskje kan tilknytningspersonen endre karakter så totalt at barnet vil slite med å gjenkjenne sin tilknytningsperson i det hele tatt (Smith, 2008).

Risiko er en forutsetning for resiliens, da resiliens er god utvikling til tross for risiko (Borge, 2003). Vi skal nå se litt på psykososial risiko og i den forbindelse se mer på en type psykososial risiko som har størst betydning for fokuset i vår oppgave. Det er for øvrig viktig å understreke at ikke all risiko er negativ, og at både alvorlighetsgraden og hyppigheten vil innvirke på hvor stor risiko påkjenningene utgjør for barnet. Det er tre typer av psykososial risiko: individuell, familiebasert og samfunnsmessig. Vi vil naturlig her fokusere på den familiebaserte psykososiale risikoen, da vårt utgangspunkt er alkoholisert forelder. Det er tre typer familierisiko:

- alvorlig vedvarende krangel mellom foreldre
- betydelig alkoholmisbruk
- grov omsorgssvikt (mishandling) (Borge, 2003).

Vi kommer til å ha fokus på alkoholmisbruk, da det er det som er vårt hovedområde i denne oppgaven.

Det er ingen tvil om at det å vokse opp i en harmonisk familie har høy verdi. Det er funnet positive virkninger for barn i familier som gir følelsesmessig omsorg når barna trenger det. En trygg oppdragelse består av et sunt liv, være sammen med andre barn, sette grenser for barna



ut ifra alder, modenhet og miljø. Dette gir positive konsekvenser for barna psykiske og fysiske utvikling. På den andre siden finner man familier som krangler, mangler evne til å oppdra barn misbruker rusmidler og har dårlig kontakt med barna. Omtrent hvert femte barn vokser opp med foreldre som misbruker alkohol. Det er blitt forsket lite på alle disse barna som vokser opp med alkoholmisbruk, men som allikevel klarer seg bra. Det er vanskelig å sammenligne barn i ulike familier selv om de utsettes for samme type risiko. Dette er avhengig av hvor alvorlig og vedvarende alkoholmisbruket har vært, hvor mye det går utover foreldrerollen og omsorgen de har for barna. I Kauai-undersøkelsen fulgte man nøye med barn som vokste opp med alkoholmisbrukende foreldre. Disse barna hadde større risiko for å utvikle lære- og tilpasningsproblemer enn barn som ikke vokste opp med slike vilkår, men allikevel var det så mange som 59 % av barna som ikke utviklet problemer (Borge, 2003). De negative virkninger alkoholmisbruket får for barna er ikke irreversible. Risikoen alkoholisme i familien har for barnet kan reduseres ved hjelp av barnets personlighet og positive forhold i barndommen. Borge (2003) skriver om at Werner og Smith (1986) analyserte seg frem til hva som karakteriserte barn som hadde vedvarende problemer og de som ikke hadde det. Tabellen er vist tidligere i oppgaven under kapitlet om resiliens. Vi velger allikevel å nevne funnene som gjelder spesielt for resiliente barn av alkoholiserte foreldre. Resiliente barn hadde en personlighet som vekket positiv oppmerksomhet, gjennomsnittlig intelligens, gode lese- og skriveferdigheter, ambisjoner om å få et bedre liv enn foreldrene, og et godt selvilde med tro på å greie seg selv. De resiliente barna hadde hjelp fra andre i familien til tross for at en eller begge av foreldre var fraværende. Andre familiemedlemmer bidro med mye omsorg for barna. Noen skaffet seg venner i nærmiljøet, og de barna hadde innsikt i misbruket, og et ønske om å bli annerledes enn sine foreldre. Dette har da bidratt til styrking av selvfølelsen til disse barna. Man ser allikevel at alkoholmisbruk truer barns trivsel og utvikling fordi misbruket fører til mer krangel mellom foreldrene, det øker sjansen for omsorgssvikt og dette dobler risikoen for at barna kan utvikle problemer (Borge, 2003).

Samarbeidet med far er vesentlig for resiliensutviklingen hos barnet. Videre drøfter vi to fremgangsmåter: redusere risikofaktorer eller øke ressurser. Man kan se at et godt samarbeid med far er å øke ressurser for barnet da faren blir bedre orientert om konsekvensene hans drikkemønster fører med seg. Videre ser vi for oss et tverrfaglig samarbeid igangsatt av sykepleieren som jobber opp mot far, men som også har familiens velfungering som fokus. Sykepleieren har plikt til å ta vare på barn som pårørende og kan i samarbeid med far innlede til kontakt med for eksempel helsesøster på skolen, hjemmesykepleie, fastlege og barnevernet.

### 4.3 Hvilke tiltak vil beskytte barnet?

#### 4.3.1 Tverrfaglig samarbeid for å styrke barnets ressurser

Det er viktig at barnet blir sett og tatt vare på uavhengig av hvem det er som er den styrkende resiliensfaktoren. Grinderud (1992) skildrer sin barndom svært godt i boken *Alene - nå igjen*. Han vokste opp i en familie hvor far døde tidlig og mor ble alkoholisert, mens han selv måtte ta over farsrollen og ta vare på sin mor. Vi har valgt å ta med et kort utdrag fra boken hvor noen få setninger fra en mor endrer hele væremåten til en liten gutt på 10 år: “Nå må du være stor gutt, Potten, og ikke gråte. Du må hjelpe mamma nå.” Ordene brant seg inn i hodet og sjela til Potten, og han tenkte: Skal jeg være i stedet for pappa nå?” (Grinderud, 1992, s. 20). Grinderud hadde store problemer i mange år hvor han skulle være limet i familien uten å vise sin egen sorg og sin depresjon over farens død. Han ville forstå hva som hadde skjedd, men familien hjalp han ikke i sorgprosessen. I stedet la han lokk på det hele frem til han fikk fryktelige magesmerter og begynte å selvskade seg for å glemme det hele. Grinderud vokste opp i en familie hvor han følte et stort ansvar for sin mor. Han hadde angst for at hun skulle dø, og en skyldfølelse og skam over sin fars død. (Grinderud, 1992). Denne problemstillingen blir også godt belyst i Gunnar Ringheims bok fra 1997 om løvetannbarna. Dette er en bok som handler om barna som sprenger seg veg gjennom livet som en løvetann som sprenger seg gjennom asfalt. Altså om barna som klarer seg mot alle odds. Det blir forklart at disse barna har en styrke i seg som takler all avvisning og motgang på måter som ikke knekker deres livsmot og evne til å overleve. Den har med flere forskjellige skildringer av hvordan det er å være et barn med en vanskelig barndom og alle historiene belyser viktigheten av å møte noen som bryr seg. Mange beskriver at dette er møter som har reddet livene deres. For noen har dette vært mennesker som over tid har spilt en viktig rolle over tid opp gjennom livet, og for andre er det mennesker man har et kortere forhold til. Noen har følt denne forståelsen av en lærer, ei tante eller personer i en barnevernsinstitusjon. For eksempel nevnes tilfeldige møter med damen bak disken i en forretning, eller møtet med en nabobonde. Det har da dreid seg om korte, men forståelsesfulle øyeblikk fylt av varme og respekt (Ringheim & Throndsen, 1997).

Som sykepleier i en rusklinikk er det viktig at man husker på barnet til pasientene. Vi vet ikke om disse barna har andre personer i livet som gir dem lysglimt i hverdagen. Vi ønsker derfor å belyse viktigheten av et samarbeid med skolen og fastlegen som videre kan følge opp barn også etter at forelderen er skrevet ut fra avdelingen. Det kan her være sykepleierens ansvar å

innkalle til møte sammen med barnevernstjenesten, helsesøster ved skolen og fastlegen. På den andre siden så vet vi også gjennom forskning at det er en stor andel av familier som sjeldent eller aldri kommer i kontakt med helsepersonell i slike situasjoner. Som sykepleier må man være klar over at man bør effektivisere tilbudet og oppfølging gjennom tverrfaglig arbeid slik at slike familier vil bli fulgt opp (Statham, 2004). Vi tenker at for en barneansvarlig sykepleier på en rusklinikk er dette viktig jobb for å sette i gang tiltak slik at barnet ikke havner tilbake til gamle vaner etter at far blir skrevet ut. Vi må sørge for at barnet blir sett. I forhold til far kan vi også foreslå at for eksempel hjemmesykepleien kommer inn i bildet for å levere medikamentet Antabus som skal forhindre at faren tyr til drikking. I arbeidet med å fremme resiliens og psykisk helse er det viktig at samhandling skjer i trygge rammer for barnet, og at det har en god relasjon til de involverte partene og at deltakeren opplever en følelse av sammenheng. Samarbeidet bør derfor vare over tid. Dette kan for eksempel være med en lærer på skolen til barnet (Førde, 2014). Det er en selvfølge at vi skal samarbeide med både pasient og andre tjenesteytere for at pasient og pårørende skal få best mulig hjelp. Nasjonale føringer gjør det forpliktende med samarbeid mellom ulike instanser i hjelpeapparatet. Med samarbeid mener man da at man arbeider sammen mot en felles målsetting. Tverrfaglig samarbeid innebærer møter mellom personer fra ulike fag og tjenesteinstanser for å sikre at den faglige kompetansen blir utnyttet maksimal (Dahl, 2012). Noen aktuelle faginstanser som involveres i samarbeid rundt barn er barnevernstjenesten, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), barnehager og skole. Barnevernet har plikt til å utarbeide individuell plan for barn som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Retten til individuell plan er hjemlet i lovverket, og er ment som en overordnet plan med hensikt å bedre samarbeid og samordning av tjenester til personer med langvarige koordinerte tjenester. Initiativet til å få utarbeidet en slik plan kan komme fra brukerne selv, men det overordnede ansvar ligger hos tjenesteapparatet (Kinge, 2012). Sykepleieren på jobb i spesialisthelsetjenesten kan kartlegge om det er behov for individuell plan i forkant av møtet med kommunehelsetjenesten og barnevernet.

Et forebyggende og resiliensfremmende tiltak vil være å inkludere helsesøsteren på skolen. Helsesøsteren er en fagperson som det er lite stigmatiserende å ha kontakt med og dette oppfattes som et ufarlig lavterskeltilbud. Mange helsesøstre har individuelle samtaler med barn som strever, da også ofte sammen med foreldrene. Mange kommuner sliter med helsesøsterdekningen og tilbudet på skolene er derfor ikke alle steder godt nok. Det kan forstås at det er frustrerende å måtte operere med ventelister når man vet at det barn som

sliter. Hjelpesøkende atferd er en kjernefaktor i resilienssammenheng, og det bør da også være fagpersoner tilstede for å ta imot disse barna som viser denne atferden (Olsen & Traavik, 2010). Kanskje er ikke tiltaket om å samarbeide med helsesøster da godt nok alene i denne oppgaven. En annen hjelpeinstans det da kan være naturlig å samarbeide med er barnevernet. Terskelen for å søke hjelp hos barnevernet er nok høyere enn å søke hjelp hos en helsesøster. For at denne instansen skal ufarliggjøres ville det vært naturlig at sykepleieren på rusklinikken informerte om barnevernets rolle slik at foreldre og barn lettere kunne søke råd og hjelp her.

#### **4.3.2 Sykepleierens koordinerende rolle i samarbeid med pasient for å redusere fare for psykososial risiko hos barnet**

For å oppnå tillitt til barnet vet vi nå at det må skapes en god relasjon med far da vi møter han på rusklinikken. I forskjellige faser av livet kan det være utfordrende å føle betydning og mening med hvorfor man har havnet i en slik situasjon med rusproblemer. Travelbee mener at sykepleiers fremste oppgave skal være å gi pasienten en mening og at pasienten skal føle at han er nødvendig for noe eller noen (Kirkevold, 2012). For at sykepleier skal kunne påvirke pasienten til å føle betydning mener Travelbee at det kreves et menneske-til-menneske forhold hvor sykepleier og pasient opparbeider seg respekt, empati, sympati og respekt gjennom et gjensidig forhold over flere møter. For å forstå måten Travelbee tenker kreves det at sykepleier ser seg selv ut ifra pasienten sitt perspektiv. Gjør man dette unngår man å fremstille seg selv som en stereotype og man får muligheten til å se pasienten som et særegent individ. Kommunikasjon er et av de sterkeste midlene vi som sykepleiere har til å kunne opprette et godt samarbeid med far. Ved at sykepleier bruker terapeutisk tilnærming gjør at man tenker hele tiden gjennom hvordan man fremstår i forhold til sin egen personlig, men også kunnskapen man legger frem til pasienten (Kirkevold, 2012). Lykkes man med en slik tilnærming vil det være muligheter for at sykepleier kan avhjelpe pasienten sine plager.

Sett ut ifra fars perspektiv kan det, i følge Lossius (2012), være svært krevende å tenke på andre enn seg selv da han legger seg inn på en rusklinikk. Han har mest sannsynlig ikke styrke eller krefter til å tenke på at situasjon han befinner seg i påvirker familien rundt han. Da sykepleier har en terapeutisk tilnærming vil det alltid være en risiko ved at man blir påvirket i negativ grad av pasienten. Hvis pasienten er fordomsfull og avisende mot pleieren vil sannsynligheten være svært stor for at sykepleier ikke oppnår kontakt med barnet. Behandlingen mot pasienten og barnet vil da bli svekket og det kan være fare for at pasienten vil avslutte behandlingen ved et tidligere tidspunkt (Lossius, 2012). Gjennom forskningen kan

vi også se at tidlig intervensjon med barnet når foreldrene lider av en psykiske lidelse forhindrer at barnet selv skal bli “usynlig” for sykepleier. Videre vil dette føre til at foreldrene må kjempe seg gjennom sine egne problemer og samtidig ta vare på sitt barn uten hjelp uten ifra (Houlihan, Sharek & Higgins, 2013). Dette gjenspeiler i Travelbees teori om at sykepleier skal hele tiden få pasienten til å tenke på mestringsstrategier ovenfor både seg selv, men også hvordan familien kan være med på å takle en slik sykdomserfaring (Kirkevold, 2012).

Ved at far er innlagt på en rusklinikk og barnet bor hjemme med mor har vi som sykepleiere vanskeligheter for å følge opp barnet daglig. Ansvarer vårt vil være å kartlegge situasjonen for barnet da vi møter far i startfasen av behandlingen. Ved at sykepleier fungerer som primærkontakt til pasienten i et tett samarbeid med barneansvarlig på avdelingen vil være vårt utgangspunkt i en slik situasjon. Vi vet gjennom omfattende rapporter at tverrfaglig samspill mellom førstelinjetjenester som for eksempel skole, barnehage, helsestasjon og spesialhelsetjeneste ser ut til å ha gunstig effekt for å ivareta barnet (Solbakken & Lauritzen, 2006). Solbakken og Lauritzen hadde en landsomfattende rapport som undersøkte blant annet spesifikke tilbud til barn av foreldre med rusproblemer i rusklinikk for voksne. Av antallet som svarte på denne undersøkelsen viser det seg 78 % til sammen i offentlig og privat sektor ikke har noe spesifikt tilbud rettet mot barn og ivaretagelsen av dem utover det generelle. Dette kan man tolke på mange forskjellige måter, men begrunnelsen ligger trolig i at foreldrene har vært med i en slik behandling i mange år og har ikke lenger den daglige omsorgsretten for sine barn. På den andre siden kan det også tenkes at hovedfokuset har vært mer rettet mot pasienten enn barnet.

For å oppnå direkte kontakt med barnet må sykepleier møte barnet på rusklinikken hvor far er innlagt. Videre må sykepleier forstå at rusavhengigheten ikke er det aller største problemet for barnet. Det største problemet vil være den mangelen barnet har av omsorg og støtte. Ved at far er sterkt påvirket av alkohol i dagliglivet får store konsekvenser for et lite barn. Vi som sykepleiere har en gylden mulighet til at far og mor kan få forståelse for dette. Lykkes vi med dette vil dette bidra til at relasjon og tiltaksnivået vil øke (Solbakken & Lauritzen, 2006). Sett fra et annet perspektiv så vet vi at rusmiddelproblematikken bare er toppen av isfjellet. Derfor kan det være svært vanskelig for far å tenke på barnets konsekvenser da han muligens ikke tenker på sine egne (Løvaas, 2012 ). Som sykepleier vil en av våre største oppgaver være å styrke familiekompetansen og poengtere til barnet at det ikke trenger å føle ansvar for å overta foreldre rollen når faren drikker.

Vi har gjennom studietiden blitt opplært til å tenke helhetlig sykepleie og fokus ikke bare på pasienten mens også alle andre parter som bli berørt. Når man graver seg innover i litteraturen og tiltak det finnes for barn som pårørende er det overraskende lite helhetlig gjennomtenkt (Solbakken & Lauritzen, 2006). Fra en side kan dette trolig bety at behandlere har vanskeligheter for å nå ut til familier som prøver å “skjule” rusmiddelproblemet. Fra en annen side vet vi av erfaring at blant annet leger synes det blir for personlig å dele ut sensitiv informasjon om pasienter til andre samarbeidspartnere rundt om i kommunen.

#### **4.3.3 International child development programme (ICDP)**

I følge psykolog Frid Hansen (1990) ved Borgestadklinikken er det ikke tvil om at foreldres rusmisbruk blir et problem for barna. Når barn påføres uheldige opplevelser endres samspillet i familien først og fremst for at de mister oppmuntring og støtte som foreldrene normalt viser sine barn. Selv om det bare er en av foreldrene som misbruker alkohol blir også den andre involvert slik at begge foreldrenes funksjoner blir forstyrret. Mange barn bærer med seg en opplevelse av skam i møtet med verden utenom hjemmet. Barn forstår at deres foreldre oppfører seg rart eller annerledes sammenlignet med andre barns foreldre. Barn i en familie preget av alkoholproblemer kan bli belastet av foreldrenes alkoholforbruk før den voksne opplever denne bruken som problematisk. Det trenger ikke å være selve inntaket som er belastende på barnet, men den uro og atferdsforandringen alkoholforbruket bringer med seg. Holdninger til barnet kan komme uten forvarsel og uten tilknytning til hva barnet gjør. Når rus får høyere prioritet enn barna blir foreldre-barn relasjonen ødelagt, og kan føre til en relasjon fylt av konflikter og skuffelser (Hansen, 1990).

International Child Development Program (ICDP) er et relativt nytt, enkelt, helsefremmende og forebyggende program utviklet av professorene Karstein Hundeide Henning Rye ved Universitet i Oslo. Målet med dette programmet er foreldreveiledning for å styrke oppveksten og omsorgen for barn og unge. Programmet er rettet mot omsorgsgivernes omsorgskompetanse. Ny forskning viser at samspillet mellom barn og dets nærmeste omsorgsgivere er viktig for barnets helhetlige utvikling. Den beste måten å hjelpe barnet på er å hjelpe barnets omsorgsperson. Dette er tiltak som blir satt i gang i primærhelsetjenesten der det vurderes som viktig å bevisstgjøre omsorgspersoner og for å hjelpe de å hente frem ressurser i omsorgen for egne barn. Det brukes også i institusjoner for å gjøre foreldre bevisst på barnas spesifikke psykososiale behov. Dette programmet består av hjelpemidler for å bevisstgjøre viktigheten av godt samspill med barn for å sikre en sunn følelsesmessig

utvikling. Forskningen resulterte i at ICDP kan være effektivt for å fremme positiv foreldreomsorg og et større utvalg fra studien viser at det var en nedgang i opprør i hjemmet etter ICDP-deltakelse, men dette hadde hovedsakelig betydning for omsorgspersoner med høyere utdanning. Personer med lav utdanning hadde noe mindre utbytte av programmet. Flere funn tyder på at ICDP også har en positiv effekt på omsorgspersoners vurdering av barnets vansker, bruk av positiv disiplin og engasjement med barnet. Deltakelse i studien har ført til økt bevissthet om foreldreomsorg og påvirkninger blant alle deltakerne. Men best resultat fikk deltakerne som har hatt oppfølging gjennom ICDP-kurset. Begge gruppene kan ha blitt mer opptatt deres egen foreldreomsorg på grunn selve deltakelsen i denne studien. Det er i tråd med målene i programmet at foreldre som synes å slite mest, viser størst positiv endring (Sherr, Skar, Clucas, von Tetzchner & Hundeide, 2014).

Det ville være naturlig at vi i denne situasjonen på rusklinikken ville anbefalt far, eventuelt også mor, å delta på ICDP foreldreveiledningskurs. Om dette tilbudet ikke er å oppdrive i rusklinikken, ville vi tatt med dette forslaget til tverrfaglige samarbeidsmøter for å finne ICDP-veileder som kan ta ansvar for denne familien.

## 5.0 Oppsummering

Barn som vokser opp i familier der alkoholmisbruk er en del av hverdagen står i fare for å utvikle psykososiale problemer senere i livet. Med et helhetlig syn på sykepleie og forebygging av sykdom og lidelse, kan vi være delaktige i å sette i gang tiltak som hindrer senvansker hos barn som er pårørende av alkoholavhengige. Det er viktig å ivareta pasientens rett til medvirkning, og informere og samarbeide med forelderen ut i fra en felles bekymring for barnets helse. Tiltakene vi har kommet frem til for å beskytte barnet er aktuelle i forhold til denne problemstillingen. De er dog ikke absolutte, og vi ser at det finnes flere aktuelle løsninger i slike tilfeller. Det er ikke en selvfølge at ett og samme tiltak hjelper på to forskjellige barn, og vi er klar over at hvert barn trenger individuell oppfølging. God samhandling mellom sykepleier, pasient og andre hjelpeinstanser er avgjørende for best mulig beskyttelse av barnet.

## Litteraturliste

\* = *Selvvalgt litteratur.*

\*Andresen, N. S. (2012). *Pårørende*. I K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 399-424). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Borge, A. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. (1.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Coyle, J., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, A., DeWit, D., Macdonald, S. (2009). *An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse*. Journal of Family Issues. (J FAM ISSUES), 2009 Dec; 30 (12): 1606-23

\*Dahl, T. (2012). Ambulant brukerstyrt samarbeid. I K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 345-362). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Førde, S. (2014). *Tapt barndom, eller...? Barns navigering fra krenkelser og traumer mot psykisk styrke*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

\*Grinderud, P. (1992). *Alene - nå igjen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører- forebyggende arbeid for barn i risiko. I Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende*. (s.150-170). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Halsa, A. & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene: Barneansvarlige i helseforetak. I Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende*. (s. 202-218). Oslo: Abstrakt forlag AS.

\*Hansen, F. (1990). *Rusmiddelmissbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn?* Borgestadklinikken. Publisert første gang i



Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27/91. ISBN 82-90354-19-3. Lokalisert på:  
<http://borgestadklinikken.no/files/Rusmisbruk-i-et-familieperspektiv1.pdf>

Haugland, B. (2012): Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s. 82-106). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum-hva vil vi løfte frem? I Haugland, B., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende*. (s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag AS.

\*Helgesen, J. (2013). *Håp*. Lokalisert 24.2.2015 på: <http://www.daria.no/skole/?tekst=14086>

Hummelvoll, J. (2012). *Helt-Ikke stykkevis og delt*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Houlihan, D., Sharek, D. & Higgins A. (2013). *Supporting children whose parent has a mental health problem: assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

\*Johansen, A. & Bramness, J. (2012). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengig. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.121-142). Oslo: Akribe AS.

\*Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn*. (1.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kvelling, Ø. (2008). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 23-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lovdata (2015): Helsepersonelloven § 10 a. Lokalisert på :  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#§4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§4)

Lovdata (2015): Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7 a. *Om barneansvarlig personell mv..* Lokalisert på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#§3-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-3)

\*Løvaas, E. (2012). Diagnostisering. I K. Lossius (Red.). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 55-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Olsen, M. & Traavik, K. (2010). *Resiliens i skolen. Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge. Teori og tiltak.* Bergen: Fagbokforlaget.

\*Ringheim, G. & Throndsen, J. (1997): *Løvetannbarn: de klarer seg - mot alle odds.* Oslo: Cappelen.

\*Sherr, L., Skar, A.S., Clucas, C., von Tetzchner, S., Hundeide, K. (2014). *Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as community-wide parenting programme.* European journal of developmental psychology, 2014, Vol 11, no 1, 1-17.

\*Skoglund, A. & Biong, S. (2012). Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 186-201). Oslo: Akribe AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn- Kropp- Samfunn.* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk.* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Smith, L. (2008): Bowlbys teori om barnets bånd og empiriske studier av tilknytning. I Gulbrandsen, L. (Red.): *Oppvekst og psykologisk utvikling: Innføring i psykologiske perspektiver.* (s- 139-171). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Solbakken, B. H., Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.* Statens institutt for rusmiddelforskning (Rapport 1, 2006). Lokalisert på [http://www.researchgate.net/publication/27514737\\_Tilbud\\_til\\_barn\\_av\\_foreldre\\_med\\_rusmiddelproblemer](http://www.researchgate.net/publication/27514737_Tilbud_til_barn_av_foreldre_med_rusmiddelproblemer)

\*Statham, J. (2004). *Effective services to support children in special circumstances.* Blackwell Publishing Ltd. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2004.00472.x/epdf>

\*Torvik, A. F., Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvens*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 4, 2011). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

Ytrehus, S. (2012) Familiens situasjon. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.219-239). Oslo: Akribes AS.

**Vedlegg 1.**

PICO-skjema:

<b>P</b> Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker	<b>I</b> Hvilke tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?	<b>C</b> Skal det tiltaket vi satte opp under «I» sammenlignes med et annet tiltak?	<b>O</b> Hvilke utfall, effekt erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
parent	children	-	nursing
children	alcohol abuse		resilience
children	devolpment		guidance
children	protect		nursing
children	prevent		nursing
barn	beskytte		sykepleie

**Vedlegg 2.** Fra folkehelseprofilen

Statistikk på antall barn som er pårørende av foreldre med alkoholavhengighet i Norge

fra <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

side: 5.

Antall og andel barn med foreldre som har diagnostiserbare, moderate eller alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Oppsummering av resultatene.

	<b>Psykiske lidelser (%)</b>	<b>Alkoholmisbruk (%)</b>	<b>Totalt (%)</b>
Diagnostiserbart	410 000 (37,3)	90 000 (8,3)	450 000 (40,5)
Moderat eller alvorlig	260 000 (23,1)	70 000 (6,5)	290 000 (26,5)
Alvorlig	115 000 (10,4)	30 000 (2,7)	135 000 (12,2)

**Vedlegg 3. (side 1 av 2).**Kartlegging av barnet

Samtykke til oppfølging av mitt barn

Barnets navn:.....

Fødselsdato:.....

Jeg samtykker til at ..... tar kontakt med de instanser jeg her gir tillatelse til, for at mitt barn kan få nødvendig oppfølging/ henvisning.

Skriv inn hvilke instanser som skal kontaktes:

.....  
.....  
.....  
.....

Dato:..... Foresatt.....

Dato:.....Foresatt.....

Samtykkeerklæringen er underskrevet i nærvær av:

.....

**Vedlegg 3. (side 2 av 2).**Kartlegging av barn 0 – 18 år når foreldre mottar helsehjelp

Fyll ut ett skjema for hvert barn - som journalføres

Pasientens navn og fødselsnummer:

Virksomhet:                      Dato:                      Skjema er fylt ut av:

Sivilstand:                      Antall barn:                      Venter du barn?

Den andre forelderens navn:                      fødselsdato:

   adresse:                      telefon:

Barnets navn:                      fødselsdato:

   adresse:                      telefon

Søsken, navn og alder?

Hvem bor barnet fast hos?

-foreldreansvar

-samværsordninger

Hvem bor i husstanden sammen med barnet?

Hvem ivaretar barnet dersom du er innlagt?

Har barnet andre nære viktige personer?

Hvor er barnet på dagtid?

Vet barnet at du mottar hjelp for dine helseproblemer / vet barnet at du er innlagt?

Har barnet ditt fått informasjon om din tilstand?